

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

PATIENTERSTATNINGEN.

Kalvebod Brygge 45 • 1560 København V
Tel +45 33 12 43 43 • Fax +45 33 12 43 41
pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Sådan udfylder og sender lægen patientskadeerklæringen

Digitalt: Vi anbefaler, at lægen udfylder skemaet digitalt. Lægen henter det digitale skema på Patienterstatningens hjemmeside www.patienterstatningen.dk, søg på "Skemaer til sundhedspersoner".

Manuelt: Lægen kan udfylde skemaet i hånden og sende det via EDI Portalen/Edifact/MEDcom (find os under "Andre kommunikationspartnere". Skriv klinikens navn under besked), med MitID og medarbejdersignatur via Digitalpost.dk/Virk.dk, skriv Patienterstatningen i adressefeltet. Vores CVR-nr. er 16027901.

Skemaet kan også sendes med almindelig papirpost til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V.

Sådan sender lægen fakturaen

Lægen sender fakturaen til Patienterstatningen via EAN-nr.: 5790002316418.

Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens Attestudvalg (ID-nr. 04.08.06.02).

Hofte

Patientens navn:

CPR-nr.: _____ Sagsnummer: _____

1.	I hvilken hofte er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre
2.	Er der fortykkelse af knogle- eller bløddele ved hoften?		
3.	Er den store lårbensknos (trochanter) stilling forandret?		
4.	Er benets stilling forandret? (F.eks. udadroteret, adduceret i hoften og da hvor mange grader).		
5.	Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?		
6.	Hvordan er bevægeligheden i hofteddet? (målt i grader fra strakt stilling)	Venstre	Højre
	Strækning (20°)		
	Bøjning (120°)		
	Udadføring (60°)		
	Indadføring (30°)		
	Udaddrøjning (60°)		
	Indaddrøjning (30°)		

Navn: , sagsnummer:

7. Er der skurren i hoftelæddet?	Venstre	Højre
8. Bevæges knæleddet frit? Er der skurren i leddet?	Venstre	Højre
9. Bevæges benets andre led frit?		
10. Er der muskelsvind:		
a) af læg?	Venstre	Højre
b) af lår? (10 cm over knæskallen)	Omfangsmål	cm
c) af sædemusklen		cm
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nej	
11. Er der føleforstyrrelser?		
12. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).		
13. Hvilke klager har patienten?		
14. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?		
15. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?		

Navn: , sagsnummer:

16. Eventuelle bemærkninger:	
17. Undersøgelsens dato:	

Sådan sender lægen fakturaen

Lægen sender fakturaen til Patienterstatningen via EAN-nr.: 5790002316418.

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____
Stempel